

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE SALUD

El uso de este formulario por parte del profesional de la salud es opcional.

(Complete los antecedentes requeridos con letra clara y legible)

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Nombres y Apellidos			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	GÉNERO
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
<input type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cual:				
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos			Rut	Nº Registro Profesional
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación		Fecha reevaluación	
EXÁMEN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE				
Presencia/ausencia de patologías o dificultades de salud que incidan en o expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo, bronquitis crónica, problemas sensoriales, etc.				
DIAGNÓSTICO (Presencia de un trastorno, déficit o discapacidad)				
<i>Considerere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.</i>				
INDICACIONES				
<i>Señale tratamiento médico, necesidades de interconsulta, exámenes o ayudas técnicas, cuando sea el caso, u otras recomendaciones u observaciones relevantes para el/la estudiante en función de su diagnóstico.</i>				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

LOS DATOS DE ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LEY